

# ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2016

*por Gladys Villafuerte*

---

**Fecha de entrega:** 18-jul-2018 10:13a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 983459238

**Nombre del archivo:** gladys\_villafuerte.docx (235.88K)

**Total de palabras:** 6108

**Total de caracteres:** 36654



FACULTAD DE <sup>1</sup> CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

“<sup>2</sup> ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2016”

<sup>5</sup> PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

OBSTETRICIA ALTO RIESGO, EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS  
Y CUIDADOS CRÍTICOS.

PRESENTADO POR:

OBSTETRA

GLADYS NELLY VILLAFUERTE FUENTES

ICA – PERÚ

## **DEDICATORIA**

A DIOS,

POR PROTEGERME Y GUIARME  
POR EL CAMINO DEL BIEN.

A MI QUERIDA MADRE Y  
HERMANOS POR APOYARME EN MI  
VIDA.

A MI AMADO ESPOSO HELBERT,  
POR SER EL COMPAÑERO IDEAL EN  
MI VIDA.

A MIS QUERIDOS HIJOS, HELBERT Y  
NICOLE POR SER LA FUENTE DE  
INSPIRACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA  
SUPERARME CADA DÍA.

# ÍNDICE

## CAPÍTULO I

<b>SINTESIS .....</b>	<b>4</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
1. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES .....	7
2. PATOLOGÍA DEL CASO CLÍNICO: rotura prematura de membranas (RPM) .....	9
2.1. DEFINICIÓN.....	9
2.2. FACTORES DE RIESGO:.....	9
2.3. INCIDENCIA.....	10
2.4. ETIOLOGÍA .....	10
2.5. DIAGNÓSTICO.....	12
2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	15
2.7. CRITERIOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO .....	16
2.8. COMPLICACIONES: .....	16
2.9. TRATAMIENTO.....	20
2.10. TÉRMINOS BÁSICOS. ....	25
<b>II. CASO CLÍNICO: rotura prematura de membranas en el hospital HIPÓLITO unanue de tacna 2016. ....</b>	<b>27</b>
1. ANAMNESIS .....	27
1.1. Filiación .....	27
1.2. Enfermedad actual:.....	28
1.3. Examen físico:.....	28
1.4. Pruebas complementarias: .....	28
1.5. Impresión diagnóstica: .....	29
1.6. Indicaciones:.....	29
1.7. Evolución clínica en piso: .....	29
2. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO:.....	34
3. CONCLUSIONES.....	35
4. RECOMENDACIONES:.....	36
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>37</b>

## SINTESIS

El desprendimiento espontaneo de membranas ovulares ocurre a partir de la 22ava semana de gestación inclusive horas previas al momento del alumbramiento.

Conocida también como <sup>19</sup> rotura prematura de membrana es una complicación con mayor repercusión en la morbi-mortalidad neonatal y materna.

La finalidad del presente estudio es identificar las acciones realizadas para un apropiado manejo y control prenatal con conocimiento de los signos de alarma tanto por parte de la paciente como de los familiares, para que acudan de inmediato a los servicios de salud.

En gestantes la frecuencia de rotura de membrana pretermino resulta 9.8% y el 22.1%, frente a las gestantes pre término entre el 1.4 y el 2.3%, y que a su vez tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad materno perinatal.

El hospital Hipólito Unanue de Tacna fue sede para la elaboración de esta investigación cuyo caso clínico corresponde a una gestante de 24 años de edad procedente de Tacna que ingresa al hospital por el servicio de emergencia el día 4-9-2016 a horas 10 de la mañana, refiriendo pérdida de líquido desde aproximadamente 6 horas antes y siente que su producto se mueve menos.

Diagnóstico: Gestación de 33 semanas por fecha de última regla menstrual, rotura prematura de membranas de 6 horas, distocia de presentación (podálica).

Se realizó ecografía obstétrica que informa: gestación de 33+1° día ( $\pm$  2.5 semanas), presentación podálica, oligoamnios severo. Prueba no estresante: activo reactivo.

Durante la hospitalización se realizaron diversos exámenes de laboratorio: hemogramas, y demás teniéndose control estricto de funciones vitales y signos de coriamnionitis,

A los dos días de hospitalizada empezó con signos de infección materna y fetal, por lo que se realizó cesárea segmentaria con el diagnostico pre y postoperatorio: gestación de 33.3 días, rotura prematura de membranas de 65 horas, coriamnionitis, oligoamnios severo por ecografía, presentación podálica. Nace un producto de sexo masculino, peso 1800gr. APGAR 7 al minuto y 9 a los 5 minutos.

Paciente que luego de tratamiento indicado evoluciona favorablemente hasta realizar el alta médica correspondiente.

## INTRODUCCIÓN

<sup>9</sup> La ruptura prematura de membranas es parte de patologías obstétricas que afectan grandemente en la morbi-mortalidad de la madre y el neonato sobre todo cuando esta ocurre en gestaciones pre término, debido a que cerca del 50% de las embarazadas se iniciará el trabajo de parto a las 48 horas de suceder esta.

<sup>18</sup> El periodo de latencia es el tiempo que transcurre entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto, y cuando es más de un día se llama periodo de latencia prolongado. Por otro lado, la rotura precoz es la que <sup>5</sup> se produce iniciando el trabajo de parto antes de la dilatación completa.

<sup>3</sup> Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbimortalidad materno perinatal, entre las principales complicaciones tenemos: corioamnionitis, infección post parto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios, etc.

## CAPÍTULO I

### I. MARCO TEÓRICO

#### 1. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES<sup>1</sup>

Alrededor de cada 1 de 7 partos resulta prematuro en América Latina, donde las causas más frecuentes son rotura de membrana y complicaciones hipertensivas.

Por otro lado en Estados Unidos la frecuencia de prematuridad llega al 13%, por otro lado en Latinoamérica se estima que puede llegar al 15%. Aproximadamente el 30% de los casos prematuros se deben al desgarro espontáneo de membrana, lo cual origina entre otros la parálisis cerebral infantil, complicaciones del aprendizaje y conducta por lo que debe prevenirse.

En Europa, específicamente en Francia estudian los casos con antecedentes de rotura prematura de membrana pre término en gestantes durante las semanas 24ava y 34ava con promedio de 29.8 semanas y el alumbramiento en la semana 30.4. Las frecuencias resultaron 31% para corioamnionitis, sepsis neonatal 15% y mortalidad neonatal con 11.7%.

En el Perú los casos de desgarro prematuro de membrana en el Instituto Nacional Materno Perinatal poseen un índice del 10% en todas las gestaciones y un 20% de casos pretermino. Según datos estadísticos de este centro los casos existentes de gestaciones presentando un desgarro prematuro de membrana resulta considerable, además durante los 5 años pasados llega a una media del 10.5% de partos pre término por lo que la convierte en causa de morbilidad de la madre y perinatal.

Hacia el tercer trimestre del 2015 se reportan en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora alrededor de 860 casos que ingresan por emergencia, no contando



con el dato exacto de cuantos tienen rotura prematura membrana pretermino. El HAMA es el establecimiento de mayor resolución <sup>29</sup> en el distrito de Villa María del triunfo, por tanto, todas las pacientes de la periferia en riesgo, son referidas a éste.

La patología obstétrica de membrana presenta permanencia de membranas corioamnióticas y perjuicio de líquido amniótico previo al alumbramiento, la incidencia resulta hasta de 80% en gestaciones normales y 20% pretermino conllevando a más de la tercera parte en los prematuros. Se describen como causas frecuentes: contagios, bajo nivel social y económico, prematuridad previa, sangrados abundantes, antecedentes ginecológicos previos, gestaciones múltiples, etc.

En caso ocurra un evento de rotura prematura pretermino previo a la semana 34ava de gestación resulta una etapa crítica debido a que aún no se establecen parámetros estándares en el manejo del parto pretermino y las devastadoras consecuencias con el recién nacido. Las complicaciones neonatales se presentan debido a la incidencia de asfixia perinatal por diversos factores ocasionando una disyuntiva para el profesional de salud entre esperar o actuar y también disyuntiva hacia la madre pues duda entre admitir la opción de manejo y carencia de diagnóstico que conllevaron a la paciente embarazada a esta situación.

El presente estudio tiene como objetivo establecer factores de riesgo de la madre con la finalidad de prevenir situaciones riesgosas con consecuencias devastadoras para la gestante que permite un óptimo desempeño como obstetras.

## 2. PATOLOGÍA DEL CASO CLÍNICO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

### 2.1. DEFINICIÓN

Esta patología es definida <sup>1</sup> como la rotura espontánea de membranas ovulares a partir de la 22<sup>a</sup> ava del proceso de gestación inclusive horas previas a la labor de parto del neonato con peso igual o inclusive mayor a 500 gramos. En caso la RPM es previo a la 37ava semana se define <sup>8</sup> como ruptura prematura de membranas pre término (RPMpt)<sup>2</sup>.

### 2.2. FACTORES DE RIESGO:

La presencia de un caso RPM obedece a la resistencia de membranas amnióticas a probables lesiones sobretodo infecciosas e incrementos de la presión en el útero, entre las que destacan<sup>3</sup>:

- Inadecuada nutrición que se relaciona a una recurrente incidencia de RPM. En un estudio se tenían por lado gestantes con RPM pre término y por el otro a un grupo de control de gestantes sanas, en donde se observaron valores de hemoglobina muy bajos ( $p < 0.01$ ) del grupo de gestantes RPM pre término.
- Gestantes con nivel socio-económico bajo poseen una mayor probabilidad de presentar una RPM pre término.
- Antecedentes obstétricos tienen mayor prevalencia en la frecuencia de una RPM. En un grupo de gestantes con único feto se calculó que el riesgo de presentar una RPM se incrementa veinte veces si han tenido antecedentes en gestación previa y 4 veces el riesgo de presentar un parto pre término.
- Periodo intergenésico corto.

<sup>2</sup> Riveros, J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Paraguay. [scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf](https://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf).

<sup>3</sup> Gonzales Bosquet, E. Rotura prematura de membranas. @2013, Elsevier España, S.L. p 421

- La frecuencia durante el coito, rotura prematura de membranas es once veces más, relacionado a corioamnioititis.
- Metrorragias en el embarazo, multiparidad, madre mayor a 35 años, pielonefritis, el tabaquismo, la distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, la conización, cerclaje cervical, abortos previos, multiparidad, presentaciones anómalas, infecciones de transmisión sexual y urinarias, bajo índice de masa corporal<sup>4</sup>.

### 2.3. INCIDENCIA

Las cifras recogidas en la literatura médica sobre la incidencia de la RPM son muy variables; en diversos trabajos oscila entre el 6,2 y el 24,4%. La RPM es más frecuente en gestantes a término (entre el 22.1 y el 9.8%) frente a las gestantes pre término (entre el 1,4 y el 2,3%). Estas variaciones tan importantes en la incidencia de la RPM, que afectan sobre todo a las gestantes a término, se deben a una falta de un criterio uniforme para definir esta entidad, especialmente al determinar el tiempo que ha de transcurrir a partir del desgarro de membranas apenas comienza la labor de parto<sup>5</sup>.

### 2.4. ETIOLOGÍA<sup>6</sup>

El área donde se produce la rotura de las membranas ovulares contiene muy poco colágeno III, además está edematizada con reservas de material fibrinoide, además delgadez de la capa trofoblástica. En estas condiciones con

<sup>4</sup> Riveros, J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Paraguay. [scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf](https://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf)

<sup>5</sup> Gonzales Bosquet, E. Rotura prematura de membranas. @Elsevier España S.L. p. 421

<sup>6</sup> Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología, Cap. XV. Rotura prematura de membranas. BVSCUBA, 2004

estimulación inmune se tiene <sup>1</sup> que la elastasa de los granulocitos es precisa para asimilar ese tipo de colágeno, lo cual es común en casos de corioamnionitis.

Además cuando se tienen bacterias, las células deciduales procesan <sup>1</sup> prostaglandinas E2 y F2-alfa, que promueven contracciones uterinas, por lo que una combinación de corioamnionitis e infección bacteriana impulsan la presencia de un caso de RPM.

#### <sup>1</sup> Alteración de las propiedades físicas de las membranas.

El colágeno y la elastina son esenciales para posibilitar la estabilidad de la membrana corioamniótica, la cual normalmente presenta un balance <sup>2</sup> entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa.

<sup>20</sup> Es un hecho que la función de proteasa se incrementa y existen leves concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de gestaciones con RPM. También el aislamiento de la proteína antiproteasa en orina y pulmón fetal sustenta la adecuada <sup>1</sup> participación fetal en la defensa de la integridad de las membranas.

#### <sup>+</sup> Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

Esta patología suele provenir de una infección bacteriana cérvicovaginal o dentro del útero de manera directa o indirectamente lo cual produciría <sup>9</sup> liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que desgarran membranas ovulares donde los gérmenes alcanzarían el líquido amniótico <sup>1</sup> independientemente del estado de las membranas. Sin embargo, el oligoamnios beneficia la colonización del LA al deprimirse a la función bacteriostática. El medio de contagio podría ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transplacentaria), canalicular (tubaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis [AMCT], cordocentesis, transfusiones intrauterinas).

Diversos autores indican que el LA tiene actividad bacteriostática la cual es reducida en pacientes con RPM e infección intraamniótica, lo cual lo convierte en un componente que favorece la colonización bacteriana.

## 2.5. DIAGNÓSTICO<sup>7</sup>

El proceso de diagnóstico comienza con la asistencia de la gestante al centro manifestando una pérdida de líquido. Para lo cual las preguntas realizadas a la gestante se orientan a determinar de manera precisa la coloración, cantidad y datos como fecha y hora de inicio de la pérdida.

En la mayoría de los casos es confirmado un diagnóstico mediante examen general.

Así al realizar los siguientes exámenes:

- Examen genital externo cuando se observa el área de la vulva se denota el líquido amniótico de un color blanco transparente, en ciertas ocasiones algo turbio o amarillento. Tiene un olor parecido al hipoclorito de sodio y a partir de la 32-35ava semana de embarazo se visualiza la vênix fetal. Una vez realizado se hace la confirmación y evitar alguna acción táctil que posibilite una infección a la cavidad ovular. En caso se observa contractilidad uterina y/o signos de sufrimiento fetal se debe realizar examen interno.
- Examen genital interno en caso no se determina el diagnóstico mediante inspección se introducirá un espéculo esterilizado y seco, previo lavado perineal con alguna sustancia antiséptica no irritante. Así se verifica pérdida de líquido por el orificio cervical pudiéndose presionar el fondo uterino a fin de fomentar su salida. En caso positivo, se recogerá con una pipeta esterilizada el líquido colocado en el fondo del útero posterior para las pruebas confirmatorias de laboratorio.

---

<sup>7</sup> Schwarcz, R. Obstetricia, 5ta edición. Ed. El Ateneo

- Pruebas auxiliares de diagnóstico. Las que demuestran mayor confiabilidad son las siguientes:

Cuadro 8-4. Rotura de membranas: confirmación diagnóstica por métodos paraclínicos

	Fundamento	Técnica	Causas de resultados	
			Falsos negativos	Falsos positivos
<b>Prueba del pH</b>	El papel de nitracina vira de color con la modificación del pH. La acidez del medio vaginal se neutraliza por la presencia del líquido amniótico.	Colocar el papel durante 15 seg en el sitio de mayor colección de líquido. Según el color será el pH. pH 5 a 6 = membranas íntegras. pH 6,5 a 7,5 = membranas rotas.	Insuficiente eliminación de líquido amniótico, por lo cual no se eleva el pH del medio vaginal. Aumento de la acidez vaginal en caso de infecciones. Examen realizado luego de 4 horas de la rotura.	Presencia de sustancias alcalinas: - sangre - semen - exceso de moco cervical - orina alcalina - jabón
<b>Prueba de la cristalización</b>	La mucina y el cloruro de sodio cristalizan en forma de hojas de helecho al desecarse. En condiciones normales este fenómeno no se observa en el contenido vaginal de la embarazada y sí cuando hay presencia de líquido amniótico.	Extraer contenido vaginal (no del cérvix), colocar una gota en un portaobjeto y luego extender. Desecar el aire o bajo calor suave y observar luego el microscopio. La presencia de cristales en hojas de helecho indica membranas rotas.	Presencia de elementos que dificultan la visualización: - sangre - meconio - secreción vaginal. Examen realizado luego de 4 horas de la rotura.	Presencia de elementos que cristalizan en forma parecida: - orina - antisépticos como el tímicosal - moco cervical
<b>Prueba de la tinción de células y glóbulos lipídicos</b>	Las células o glóbulos lipídicos se tiñen de color naranja con el sulfato de azul de Nilo y son fácilmente reconocibles con el microscopio. La presencia de estas células muestra elementos propios de la descaamación de la piel fetal que sólo se observan en el líquido amniótico.	Colocar en un portaobjeto una gota del contenido vaginal. Agregar una gota de colorante. Tapar con un cubreobjeto. Desecar con calor suave. La presencia de células o glóbulos de color naranja indica membranas rotas.	Poca concentración de células naranjas cuando el embarazo es menor de 32 semanas.	Contaminación del contenido vaginal con lípidos provenientes de las glándulas sebáceas.
<b>Presencia de fosfatidilglicerol</b>	El fosfatidilglicerol se halla presente en las secreciones pulmonares. Su presencia en el canal vaginal luego de la centrifugación a 2000 rpm durante 15 min y tomando el sobrenadante para realizar la prueba confirma la rotura de membranas y además la maduración pulmonar fetal.	Cromatografía en capa fina (se realiza sólo en laboratorios especializados).	Pulmón fetal inmaduro.	Infección ovular.
<b>Cambio de color</b>	Cuando el LA se calienta se torna blanco. En cambio, el moco cervical de la embarazada se colorea de marrón. El cambio de color se debe a los electrólitos que contiene el LA.	Luego de la limpieza del cuello y del fondo del saco vaginal se extrae con una pipeta material del canal cervical. Se coloca en un portaobjeto y se extiende. Calentando suavemente la lámina entre 30 y 60 seg, si el material de ésta cambia de incoloro a blanco indica la presencia de LA y por lo tanto la rotura de membranas. Si cambia a marrón indica membranas íntegras (sólo moco cervical).	Insuficiente eliminación de LA, por lo que predomina el moco cervical.	Presencia de sustancias que viren al blanco con el calor (p. ej., orina).
<b>Presencia de <math>\alpha</math>-fetoproteína</b>	Esta proteína se encuentra en elevada concentración en el líquido amniótico. No existe en las secreciones vaginales ni en la orina.	Colorimétrica utilizando anticuerpos monoclonales a la $\alpha$ -fetoproteína.	Poca concentración de $\alpha$ -fetoproteína al término de la gestación.	

Fuente: Schwarcz, Obstetricia, 6ta edición. Ed. El Ateneo.



La ecografía de tiempo real contribuye a determinar el cuadro observando la carencia del LA siendo útil también para establecer la edad de gestación, calcular el crecimiento del feto y madurez placentaria.

Con el empleo de uno de estas pruebas cerca del 85% de los casos dudosos obtienen la confirmación diagnóstica.

## 2.6. <sup>2</sup>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	FRECUENCIA	CARACTERÍSTICA
Leucorrea	Frecuente (F)	Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
Incontinencia urinaria	(F)	A partir de la etapa final de gestación específicamente en las múltiples <sup>2</sup> por relajación perineal y rectocistocele. Descartar ITU.
Desecho de tapón mucoso	(F)	Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
Desgarro de quiste vaginal	No frecuente	Espontánea merma de fluido transparente vía vaginal. Durante examen se visualiza diminuto orificio en paredes vaginales lo cual es inusual.
Hidrorrea decidual	No frecuente	En los primeros meses de embarazo el fluido es claro con rasgos amarillentos, de vez en cuando color sangre. Con espacio entre decidua parietal y refleja, fusión a partir de 16 a 18ava semana.
Desprendimiento de bolsa amniocorial	No frecuente	Inusual con lugar <sup>1</sup> virtual entre corion y amnios; se produce por delimitación de este último.



## 2.7. CRITERIOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO <sup>8</sup>

Se tienen los siguientes:

- Perfil biofísico  $\neq$  /< 6 puntos.
- LA < <sup>17</sup> 2 cm.
- Labor de parto.
- Corioamnionitis.
- Riesgo fetal con prueba sin stress ominosa (Bradicardia fetal) o desaceleraciones variables persistentes tardías).
- Desgarro prematuro placentario.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Edad gestacional > 34 semanas.
- Detención por medio abdominal con edad gestacional de 27 a 32 semanas.

## 2.8. COMPLICACIONES:<sup>9</sup>

Las principales complicaciones ocasionadas por la RPM están relacionadas con la infección y con el desencadenamiento del parto. Podemos dividir las complicaciones en fetales y neonatales, por un lado, y maternas por otro, tal como se expone a continuación.

11

<sup>8</sup> Rupture of membranes. ACOG practice American College of. Obstetricians and gynecologist obstet gynecol 2007; 109 (4) ; 1007 - 18

<sup>9</sup> Gonzales Bosquet, E. Rotura prematura de membranas. @2013, Elsevier España, S.L. p 421

### 2.8.1. Fetales y Neonatales

<sup>27</sup> La rotura prematura de membranas desencadenara el trabajo de parto en el 80-90 % de las gestantes a término en las primeras 24 horas, y en el 50% de <sup>10</sup> las gestantes con rotura prematura de membranas pre término en las siguientes 48 horas, aunque no se conoce cuál es el mecanismo. Estudios realizados en gestantes con rotura prematura de membranas pre término han relacionado el inicio de parto con la infección intrauterina, ésta actuaría sobre la decidua, el corion y el amnios que producirían interleucinas, que son potentes estimuladores de la producción de prostaglandinas, las cuales pueden desencadenar contracciones uterinas. Es evidente que éste no es el único mecanismo, ya que no siempre que se inicien las contracciones habrá una infección.

#### 2.8.1.1 Prematuridad

Es una de las consecuencias del comienzo de labor de parto, presentado en casos de gestantes de menos de 37 semanas de edad gestacional ya que es por debajo de esta semana de gestación cuando se observan las principales complicaciones asociadas a la prematuridad, entre las que destacan el síndrome de dificultad respiratoria (sobre todo por debajo de la semana 34 de gestación) sin embargo, no se ha observado un incremento en la mortalidad neonatal por el hecho de presentar un rotura prematura de membranas si comparamos gestaciones que presentaron un parto pre término a la misma edad gestacional con o sin rotura prematura de membranas. Otras patologías neonatales derivadas de la prematuridad son las enteritis necrosante y la hemorragia cerebral.

### **2.8.1.2 Hipoplasia pulmonar.**

Dificultad grave que causa muerte perinatal hasta en el 80% de los casos. Cuando la RPM se presenta dentro de la 25ava semana con oligoamnios grave de prolongado desarrollo mayor a 3 semanas.

### **2.8.1.3 Deformidades ortopédicas**

<sup>1</sup> Incluyen hipoplasia pulmonar, facies típica y deformidades del emplazamiento de las manos y pies, extremidades curvadas, luxación de cadera y pie equino varo ("club-foot").

### **2.8.1.4 Prolapso del cordón**

Se incrementa en caso de presentarse una RPM pre término con ubicación no emplazada sobre la pelvis.

### **2.8.1.5 Desprendimiento de placenta normalmente inserta.**

Se incrementa el riesgo cuando se adopta una actitud expectante y la RPM se asocia a episodios hemorrágicos.

### **2.8.1.6 Morbimortalidad perinatal**

Se incrementa de forma significativa debido principalmente a la prematuridad, ocasionada por la RPM pre término. Aunque la frecuencia oscilare el 6,2 y el 24,4%, se calcula que es la responsable del 40% de alumbramientos pre término ocasionando un 10% de muerte perinatal.

## 2.8.2. Maternas

### 2.8.2.1 Corioamnionitis

Refiere a la <sup>9</sup> presencia de gérmenes en el líquido amniótico usualmente estéril. Está relacionado al 20% de gestantes con RPM. Asimismo, su diagnóstico debe presentar por lo menos dos o más de las siguientes condiciones:

- ✓ Fiebre axilar > 38 °C
- ✓ Taquicardia de la madre y del feto
- ✓ Leucocitosis mayor de 15,000/mm<sup>3</sup>
- ✓ Sensibilidad de útero
- ✓ LA con mal olor

Los gérmenes involucrados son bacterias formadas por la flora genital existente en la mujer como bacteroides, hongos y otros. Mediante laboratorio se confirma <sup>1</sup> presencia de ocupación microbiana de la cavidad amniótica previa confirmación de corioamnionitis:

- ✓ leucocitos de la madre > 15,000
- ✓ Perfil biofísico del feto
- ✓ En caso de infección se debe obtener LA por AMCT

### 2.8.2.2 Infección puerperal

Su frecuencia refiere un rango entre 0 y 29% con predominancia en la endometritis.

### 2.8.2.3 Incremento de cesáreas

A consecuencia de todas las complicaciones fetales, el índice de cesáreas se incrementa en la RPM hasta casi un 40%.

#### 2.8.2.4 Morbimortalidad

Está incrementada por la infección y por el mayor índice de cesáreas que comporta una mayor morbi-mortalidad que el parto vaginal. También se incrementa el riesgo que el siguiente parto finalice en cesárea.

### 2.9. TRATAMIENTO<sup>10</sup>

Según estudios realizados es frecuente encontrar lactato durante la filtración del líquido amniótico en un caso de RPM lo cual indica dentro de 48 horas se tendrá labor de parto. Así mismo mediante cuantificaciones de ácido láctico encontradas es un factor decisivo para ingresar o no a la paciente con RPM.

En caso de <sup>1</sup> corioamnionitis en el momento de la RPM se debe administrar antibióticos a fin de prevenir sepsis neonatal. En caso no se trate de ese diagnóstico una administración antibiótica retrasaría alumbramiento lo cual brinda posibilidad de desarrollo al feto.

El mayor peligro de la madre con una RPM <sup>8</sup> pre término es la infección, incluyendo corioamnionitis (13-60% de los casos), endometritis (2-13% de los casos), sepsis (<1%), y la muerte materna (1-2 casos por cada 1000).

Independientemente del tiempo de gestación se cumplirá con:

- Internamiento de la gestante con reposo absoluto, con limpieza realizada mediante antisépticos.
- Realizar signos vitales de la madre.

---

<sup>10</sup> <sup>1</sup> Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 182 – Junio 2008 15

- Monitoreo de actividad **en** el útero en intervalos de 10 minutos cada 3 horas.
- Control y monitoreo fetal

La dinámica y manejo depende obedece al tiempo de gestación, por ejemplo, en embarazos con tiempo menor a 34 semanas se debe realizar inhibición del útero (bloqueantes cálcicos).

En procesos de tiempo gestacional mayor a 35 semanas al tener ausencia de labor en 24 horas se debe suministrar oxitocina para prevenir riesgo de infecciones de la madre y del neonato.

Reacciones ante diagnósticos:

a) Cuando se tiene duda del diagnóstico

- ✓ Internamiento
- ✓ Descanso relativo
- ✓ Apósito genital estéril
- ✓ Realizar pruebas
- ✓ Volver a evaluar en 24-48 hr.

b) Edad gestacional mayor a 34 semanas en pacientes con RPM

Se suele interrumpir el embarazo en estos casos teniendo en cuenta que existe madurez pulmonar del feto; donde la infección es preponderante en la muerte perinatal y, por otro lado, se tiene **una relación directa entre período de latencia e infección ovular.**

Se realizará cesárea cuando exista **distócica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón,** previa **cesárea** ante carencia **de modificaciones cervicales.** En el resto de casos se realiza alumbramiento vía vaginal cuando debe realizarse

pruebas obstétricas a fin de establecer estado de cuello uterino, para continuar con la inducción ocitócica.

c) <sup>2</sup> RPM en embarazos de menos de 34 semanas

Mediante <sup>1</sup> la observación feto-placenta con el objetivo de lograr madurez pulmonar fetal y detectando tempranamente de <sup>1</sup> signos de infección ovular.

+ Manejo intrahospitalario

- ✓ Descanso relativo
- ✓ Monitoreo de signos vitales y obstétrico cada 6 horas
- ✓ Prueba de hemograma frecuente
- ✓ Perfil biofísico
- ✓ <sup>15</sup> Apósito genital estéril.
- ✓ Prevenir de tacto vaginal
- ✓ Realizar cultivos cérvico-vaginales semanales
- ✓ AMCT ante la sospecha de infección ovular

+ RPM en embarazos menores de 22 semanas

Según <sup>1</sup> la Organización Mundial de la Salud corresponde al tiempo límite que determina un aborto. No hay mucha información de gestantes con RPM presentados antes de la 22ava semana. Sin embargo, algunas experiencias describen a modo retrospectivo un criterio de espera por RPM en gestaciones pre término extremos.

En esas investigaciones no se establece sobrevivencia de niños producto de RPM antes a la 22ava semana de gestación. Por otro lado, el índice de sobrevivencia es muy alto. En consecuencia, se recomienda que en casos de RPM previa a 22 semanas se debe tener un comportamiento expectante hasta que se manifiesten otras condiciones que determinen un cambio de



conducta. Un resultado normal del examen ultrasonográfico, planteará incertidumbre con respecto a establecer el diagnóstico de RPM sustentado además esta conducta de espera.

#### <sup>1</sup> RPM en embarazos entre 22 y 32 semanas

Entre la 22 y 24ava semana se mantiene similar comportamiento ante embarazos con tiempo menor a 24 semana. Los determinantes para el cambio están asociados al uso de corticoides y antibióticos. Cuando se emplean antibióticos es posible que se prolongue el embarazo mediante prevención o eliminación <sup>1</sup> de infección intrauterina. Ciertos estudios determinaron el empleo de **antibióticos en pacientes con RPM sin labor de parto**. Existen signos de considerable disminución de corioamnionitis de la madre.

Antes de cumplirse las 26ava semana se presenta la prematuridad como principal riesgo perinatal, además no hay probabilidad de que el pulmón se haya desarrollado por completo. Las ventajas son reducidas ante este riesgo por lo que solo se debe plantear un comportamiento a la espera de la reacción de la paciente, suministrando corticoides y antibióticos una única vez.

Con respecto a la presencia de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) se tienen dos postulados. En primer lugar, tiene que ver con el período de latencia, donde se recomienda incrementarlo hasta la semana 34 reduce su probabilidad de ocurrencia ya que <sup>16</sup> **el incremento de los niveles de cortisol en el plasma de la madre** fomentaría maduración pulmonar en el feto. Pero también es posible evidenciar que la RPM no es condicionante para reducción del SDR. El segundo postulado controversial es relacionado a la terapia esteroideal en RPM. Últimas investigaciones han demostrado una disminución considerable de presentarse SDR en RPM, inclusive cuando las consecuencias se relacionaron al incremento de la mortalidad materna por



infección (endometritis) sin demostrar incremento en morbilidad del recién nacido.

#### + 26 y 32 semana

Se podría emplear el AMCT lo cual favorece el diagnóstico de IIA y suministrar antibióticos para posibilitar una conducta expectante.

Un tratamiento especial y único sin repetición a los 7 días. En ese sentido la AMCT puede realizarse al ingreso y luego continuar tratamiento con corticoides y antibiótico. En caso se dificulte dicha aplicación o mala praxis de obtención de muestra se podría recomendar un comportamiento expectante con el manejo intrahospitalario indicado junto con corticoides y antibióticos.

#### + RPM en embarazos entre 32 y 34 semanas

Debido a la alta tasa de sobrevivencia perinatal se puede plantear una interrupción de gestación en caso de madurez pulmonar fetal o de IIA. En caso la evaluación del LA informa Clements (+), L/E > 2 ó fosfatidilglicerol presente, entonces debería interrumpirse la gestación. Lo mismo ocurre si el estudio microbiológico de LA informa un Gram o cultivo (+), o presencia de endotoxina [LAL (+)].

Las pacientes restantes que presentan un pulmón fetal inmaduro y ausencia de IIA, deben recibir un manejo expectante pudiéndose emplear corticoides a fin de inducir la maduración y posterior interrupción a las 48 horas siguientes de la primera dosis. (AJOG 1993; 169: 775-82).

## ✚ Manejo de Corioamnionitis

2

El mejor pronóstico materno y perinatal es:

✓ Resolución del parto en las 6 a 8 horas siguientes al diagnóstico. De acuerdo a las condiciones obstétricas y de no mediar contraindicación, debe intentarse primariamente la vía de parto vaginal.

1 ✓ Tratamiento antibiótico parenteral

✓ Ampicilina (1 gr. ev. cada 6 h)

✓ Gentamicina (80 mg ev. cada 8 h)

9

Si tiene alergia a penicilina Se emplea Eritromicina 1 gr. ev. cada 6 hr. Comenzar terapia antibiótica al momento del diagnóstico, inclusive si no se concluye el parto hasta el postparto, utilizando la vía parenteral hasta que la paciente se haga a febril. Luego se emplea vía intramuscular u oral hasta completar los 10 días de tratamiento.

## 2.10. TÉRMINOS BÁSICOS.<sup>11</sup>

- ✓ Metrorragia: sangrado abundante por vía vaginal que proviene del útero, no relacionada al ciclo menstrual en ningún aspecto.
- ✓ Periodo intergenésico: tiempo entre la culminación de una gestación y el inicio del siguiente.
- 21 ✓ Índice de masa corporal: índice entre el peso de una persona en relación con su altura.
- 13 ✓ Control prenatal: Procedimientos sistemáticos y periódicos, que permiten prevención, diagnóstico y tratamiento de factores condicionantes de morbilidad materna y perinatal.
- ✓ Infecciones Cérvico-vaginales: trastornos de la flora microbiológica vaginal que normalmente presenta dolor, leucorrea, mal olor, prurito y ardor.

3

<sup>11</sup> Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015, MP Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

- ✓ <sup>7</sup> Edad gestacional: tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición.
- ✓ Membranas ovulares: conformadas por el amnios y el corion, protegiendo al feto y al líquido amniótico de la invasión microbiana ascendente del tracto reproductivo; junto con el líquido, las membranas protegen al feto contra traumatismos, compresiones del cordón umbilical y otros.
- ✓ Líquido amniótico: Es un fluido que rodea y amortigua al embrión y después al feto durante su evolución en el interior del saco amniótico y le posibilitando movilidad fetal.
- ✓ <sup>1</sup> Movidograma: Es la valoración de la salud fetal, es un indicador de la integridad fetal y de la capacidad para producir funciones complejas.
- ✓ Perfil biofísico: Método ecográfico basado en un sistema de puntuación, empleado en medicina a fin de establecer el bienestar de un feto durante un embarazo de alto riesgo.
- ✓ <sup>1</sup> Proteína C reactiva: generada por el hígado y presenta nivel elevado al estar inflamado el organismo, siendo una proteína plasmática circulante de fase aguda.

## CAPÍTULO II

### II. CASO CLÍNICO: ROTURA <sup>7</sup>PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2016.

#### 1. ANAMNESIS

##### 1.1. Filiación

Fecha: 04 de setiembre del 2016 Hora: 10.00 a.m.

Nombre: N.N.N.

Edad: 24 años de edad

Sexo: femenino

Raza: mestiza

Natural: Tacna

Procedencia: Tacna

Formula obstétrica: G1 - P1 - A0 - HV1 - HM0.

<sup>5</sup>Grado de instrucción: 5to de secundaria

Estado civil: conviviente

Ocupación: ama de casa.

Antecedentes Personales:

- Primer embarazo termina en parto prematuro a los 8 meses de embarazo, por vía vaginal.
- Tiene 6 controles prenatales regulares en su establecimiento de salud.

Antecedentes familiares: ninguno de importancia

## 1.2. Enfermedad actual:

Paciente ingresa por el <sup>23</sup> servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna. refiere pérdida de líquido blanco por la vagina con olor a lejía en escasa cantidad aproximadamente 6 horas antes del ingreso, además nota que el producto se mueve menos.

## 1.3. Examen físico:

Peso 63 Kg talla 1.55 Índice de masa corporal 26.25

Ultima regla menstrual: 15 de enero del 2016

Fecha probable de parto: 22 de octubre del 2016

Fecha del último parto: 18 de diciembre del 2014

Signos vitales

P.A.: 100/60 F.C.: 72 x minuto F.R.: 18 x minuto

Apetito normal sed normal orina normal deposiciones una vez al día

LCF: 140 x minuto

Dinámica Uterina ausente, Movimientos fetales presentes,

Tacto vaginal: cérvix posterior, no incorporado, cerrado, no hay pérdida de fluidos.

## 1.4. Pruebas complementarias:

Prueba no estresante: Activo Reactivo,

Ecografía: Gestación de 33 semanas + 1 día ( $\pm$  2.5 semanas), presentación podálica, oligoamnios severo. no se evidencia pérdida de líquido.

Examen Completo de orina: <sup>1</sup> 6 a 8 leucocitos por campo

Hb: 11.4, Hcto: 34% "O" Rh +. Leucocitos: 11,400, abastoados: 03, Segmentados: 88 Linfocitos: 09, Plaquetas: 355,000, glucosa: 98

### 1.5. Impresión diagnóstica:

- Segunda gestación con 33 semanas desde última regla menstrual
- Rotura prematura de membranas de + - 6 horas
- Presentación podálica
- Alto Riesgo Obstétrico por periodo intergenésico corto y antecedente de parto pre término.

### 1.6. Indicaciones:

- Reposo absoluto
- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Control de funciones vitales por turno
- Monitoreo fetal estricto
- NaCl 0.9% x 1000 cc. a 45 gotas por minuto
- Ampicilina 01 gramo EV. Cada 6 horas
- Eritromicina 500 mg VO cada 12 horas
- Betametasona 12 mg IM c/24 horas por dos dosis.
- Vigilar signos de corioamnionitis
- Paño de control.
- Reevaluación con resultados

### 1.7. Evolución clínica en piso:

✚ 11.00 horas

Ingresa paciente al servicio de obstetricia en silla de ruedas con cloruro de Sodio 0.9% x 1000cc a 40 gotas por minuto.

Funciones vitales: P/A 100/60 F/C 72x' F/R 18x' Temp. axilar 36.8°C

LCF 144x'

Se realiza interconsulta al servicio de neonatología.

✚ 12.00 horas

Se coloca ampicilina 1 gr. EV y una tableta de eritromicina de 500mg VO.

Paciente queda en reposo en cama con demás indicaciones.

✚ 05-09-2016 hora 8.00

Diagnóstico: segundigesta de 33.1/7 semanas por fecha de ultima regla

Rotura prematura de membranas prolongado (27 horas)

Oligoamnios severo por ecografía

Distocia de presentación (presentación podálica)

#### Evolución

Paciente en su primer día de hospitalización con funciones vitales P/A 100/60 F/C 76x' F/R 18x' T° axilar 37°C. LCF 136x' se perciben movimientos fetales se da tratamiento de acuerdo a lo indicado, no se evidencia perdida de líquido con paño de control.

#### Indicaciones:

- Reposo absoluto
- Dieta completa + líquidos a voluntad
- Control de funciones vitales por turno
- Monitoreo fetal estricto
- NaCl 0.9% x 1000 cc. a 45 gotas por minuto
- Ampicilina 01 gramo EV. Cada 6 horas
- Eritromicina 500 mg VO cada 12 horas
- Vigilar signos de corioamnionitis
- Paño de control.

06-09-2016 hora 8.00 horas

- Segundigesta de 33.2/7 días semanas por fecha de última regla
  - Rotura prematura de membranas prolongada de (51 Horas)
  - Oligoamnios severo por ecografía.
  - Distocia de presentación (podálico)
- Evolución:
- Paciente en su segundo día de hospitalización con funciones vitales estables P/A 100/60 mmHg. F/C 72x' F/R 18x' Temp. axilar 37°C. LCF. 144x', paciente en reposo absoluto, no se evidencia pérdida de líquido con paño de control. Se cumple con tratamiento indicado.
- Indicaciones:
- Reposo absoluto
  - Dieta completa + líquidos a voluntad
  - Control de funciones vitales por turno
  - Monitoreo fetal estricto
  - NaCl 0.9% x 1000 cc. a 45 gotas por minuto
  - Ampicilina 01 gramo EV. Cada 6 horas
  - Eritromicina 500 mg VO cada 12 horas
  - Vigilar signos de corioamnionitis
  - Paño de control.
- Hemograma completo:
- PCR: neg.
  - VSG: 20 mm/hora
  - Hemograma: Hcto 32%, Hb: 10.7 g/dl, Hematíes: 3'700.000mm<sup>3</sup>, leucocitos: 10,000, abastionados: 4, segmentados: 77, linfocitos: 16, monocitos: 3.



✚ 06-09-2016 19 horas

- La paciente presenta cefalea, con sensación de alza térmica, con polipnea y taquicardia materna y fetal. P/A 110/70 F/C 90x' F/R 24x' T° axilar 38.5°C. LCF. 178x'.
- Diagnóstico:
- Segundigesta de 33.3/7 semanas por fecha de ultima regla menstrual
- Rotura prematura de membranas prolongada (de 62 horas)
- Oligoamnios severo por ecografía.
- Distocia de presentación (podálico)
- corioamnionitis
- Plan: cesárea

✚ 06-09-2016. hora 22.00

Se programa para intervención quirúrgica. Cesárea de urgencia.

22.10 horas

Paciente es trasladada a sala de operaciones con vía permeable Cloruro de sodio al 0.9% x 1000cc. LCF. 130x'

22.20 horas. Se inicia acto operatorio

23.00 se termina acto operatorio

Informe Operatorio:

Diagnóstico preoperatorio:

Gestación de 33.2 semanas por fecha de ultima regla menstrual

Rotura prematura de membranas prolongada de (65 horas horas)

Corioamnioitis.

Oligoamnios severo por ecografía.

Distocia de presentación. (Podálica)

Diagnóstico post operatorio.

Gestación de 33 semanas

Rotura prematura de membranas prolongada de 65 horas.

Hallazgos:

Útero grávido con escaso líquido amniótico, feto en presentación podálica, vivo, masculino, peso 1800 gr. APGAR al minuto 7, y a los 5 minutos 9 edad por examen somático 33 semanas.

Placenta: Completa, inserción fúndica, peso 470 gr. Tamaño 20 x 20 cm.

Líquido amniótico: Ligeramente amarillo muy escaso.

Sangrado total 600cc.

✚ 07-09-2016 hora 08.00

- Puérpera post cesareada de 10 horas, por rotura prematura de membranas prolongado+ corioamnionitis + Distocia de presentación (podálico).
- Hemograma: Hcto: 34%, Hb: 10, N° hematíes: 3'900,000, Leucocitos: 9,200, abastoados: 2, Segmentados: 76, linfocitos: 20, Monocitos: 2.
- Funciones vitales: P.A.: 100/70, Pulso: 72, F.R.: 18 x min.

✚ 09-09-2016

- La paciente es dada de alta con funciones vitales estables.
- Próxima cita: 17-09-2016

## 2. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO:

El caso clínico presentado integra varios problemas encontrados en la práctica diaria. La paciente acude al hospital por emergencia después de 6 horas de haber perdido líquido, y porque percibía disminución de movimientos fetales.

Según refiere la paciente que en su primer embarazo ya tuvo el antecedente de Rotura Prematura de Membranas lo que confirma datos de antecedentes de estudios efectuados, donde se concluye que el caso se puede volver a repetir. Hasta en 20 veces.

Además, la paciente tiene un periodo intergenésico corto de un año, por lo que este embarazo tenía más riesgo, ya que el periodo intergenésico corto es un componente riesgoso para las RPM.

El conocimiento de los signos de alarma por parte de las pacientes y familiares es muy importante para evitar morbimortalidad materno perinatal.

- ✓ La corioamnionitis se detecta a las 19 horas del día 06-09 2016, la paciente presenta cefalea, taquicardia materna y fetal, alza térmica. Por lo que se decide terminar la gestación. La cesárea se realiza a las 22.00 horas del día 06-09-2016. Por lo que consideramos que fue una decisión acertada y oportuna por parte del personal médico.

### 3. CONCLUSIONES.

- a. El retraso y demora de la paciente en reconocer los signos de alarma representa primordial de morbilidad de la madre y el feto.
- b. Resulta relevante concientizar bien a la paciente y familiares en lo que es signos de alarma, así como la importancia del control prenatal periódico.
- c. Es importante el cuidado que se brinda a la paciente así como la capacidad resolutive de ese establecimiento.
- d. La <sup>19</sup> rotura prematura de membrana es un porcentaje alto en la práctica médica por lo que el personal debe estar preparado para el diagnóstico oportuno, así como la referencia oportuna a un centro de mayor resolución.

#### **4. RECOMENDACIONES:**

- a. Cuidar el llenado apropiado de la historia clínica materna, así como el carnet materno perinatal, debido a que es la única herramienta para recolectar datos de la paciente y así identificar componentes de riesgo.
- b. Desarrollar medidas preventivas en planificación familiar para evitar tener hijos muy seguidos y así evitar muchas patologías que esto ocasiona.
- c. Educar a la paciente para que su primer control lo realice en el primer trimestre de gestación. Y de esa manera se tenga bien en cuenta la última regla menstrual y de esta manera no haya dudas con la fecha probable de parto.
- d. Reforzar a la paciente y familiares muy cercanos en los signos de alarma que conozcan para que inmediatamente acudan a un establecimiento de salud.
- e. Incentivar y mantener sensibilización y capacitación a cada profesional de salud que asiste a la gestante que sea con calidad y calidez.

12

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez R, Oyarsun. Rotura prematura de membranas. Rev. Chil. Obstet Ginecol. 1991; 56(5) 372-381
2. Riveros, J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Paraguay. [scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf](https://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf).
3. Rupture of membranes. ACOG practice. American College of. Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol 2007; 109 (4) ; 1007 - 18
4. Gonzales Bosquet, E. Rotura prematura de membranas. @2013, Elsevier España, S.L. p 421
5. Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología, Cap. XV. Rotura prematura de membranas. BVSCUBA, 2004
6. Schwarcz, R. Obstetricia, 5ta edición. Ed. El Ateneo.
7. Schwarcz, R. Obstetricia, 6ta edición. Ed. El Ateneo.
8. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 182 – Junio 2008 15
9. Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015, MP Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

# ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2016

## INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.upica.edu.pe](http://repositorio.upica.edu.pe)

Fuente de Internet

8%

2

[docencia.med.uchile.cl](http://docencia.med.uchile.cl)

Fuente de Internet

2%

3

[www.scribd.com](http://www.scribd.com)

Fuente de Internet

1%

4

[docslide.us](http://docslide.us)

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad Jose Carlos Mariategui

Trabajo del estudiante

1%

6

[prezi.com](http://prezi.com)

Fuente de Internet

1%

7

[www.repositorioacademico.usmp.edu.pe](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

8

[repositorio.uancv.edu.pe](http://repositorio.uancv.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

9	<a href="http://contenidos.usco.edu.co">contenidos.usco.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
10	<a href="http://repositorio.unc.edu.pe">repositorio.unc.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
11	<a href="http://www.imss.gob.mx">www.imss.gob.mx</a> Fuente de Internet	1%
12	<a href="http://www.medigraphic.com">www.medigraphic.com</a> Fuente de Internet	1%
13	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1%
14	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec">repositorio.ucsg.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1%
15	<a href="http://www.clubensayos.com">www.clubensayos.com</a> Fuente de Internet	<1%
16	<a href="http://cybertesis.urp.edu.pe">cybertesis.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
17	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1%
18	<a href="http://telmeds.org">telmeds.org</a> Fuente de Internet	<1%
19	<a href="http://studylib.es">studylib.es</a> Fuente de Internet	<1%
20	<a href="http://www.cendeisss.sa.cr">www.cendeisss.sa.cr</a> Fuente de Internet	<1%



---

21

[salud.terra.com.hn](http://salud.terra.com.hn)

Fuente de Internet

<1%

---

22

Submitted to Universidad San Francisco de Quito

Trabajo del estudiante

<1%

---

23

[repositorio.unjbg.edu.pe](http://repositorio.unjbg.edu.pe)

Fuente de Internet

<1%

---

24

[docplayer.com.br](http://docplayer.com.br)

Fuente de Internet

<1%

---

25

[web.fonade.gov.co](http://web.fonade.gov.co)

Fuente de Internet

<1%

---

26

[skorpiomenlamedicina.blogspot.com](http://skorpiomenlamedicina.blogspot.com)

Fuente de Internet

<1%

---

27

[telemedicinaxileniagonzalez.weebly.com](http://telemedicinaxileniagonzalez.weebly.com)

Fuente de Internet

<1%

---

28

[www.homeopatiaunicista.itgo.com](http://www.homeopatiaunicista.itgo.com)

Fuente de Internet

<1%

---

29

[repositorio.pucp.edu.pe](http://repositorio.pucp.edu.pe)

Fuente de Internet

<1%

---

30

[www.fepasde.org.co](http://www.fepasde.org.co)

Fuente de Internet

---

<1%

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado